PROPOSITIONS ET OBSERVATIONS N° 195.

SUR QUELQUES POINTS

DE CHIRURGIE ET DE MÉDECINE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 17 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR ADOLPHE-ÉDOUARD MARÉCHAL, de Dreux,

Département d'Eure-et-Loir;

Interne des hôpitaux civils de Paris.

Ars medica tota in observationibus.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD, *Examinateur*.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur*.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Examinateur*.
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER, *Suppléant*. / ..... / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX, *Président*.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque, *Suppléant*.	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux, *Examinateur*.
Dance.	Sandras, *Examinateur*.
Devergie.	Trousseau.
Dubled.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MA BONNE MÈRE.

A MON EXCELLENT PÈRE,

Docteur en médecine.

A MES FRÈRES,

J.-B.-F. ET C.-E. MARÉCHAL,

MES MEILLEURS AMIS.

A.-E. MARÉCHAL.

A MESSIEURS BOYER ET ROUX,

Chirurgiens de l'hôpital de la Charité ; Professeurs de l'École de Médecine, etc., etc.

Témoignage de la plus vive reconnaissance de leur Élève.

A.-E. MARÉCHAL.

PROPOSITIONS ET OBSERVATIONS

SUR QUELQUES POINTS

DE CHIRURGIE ET DE MÉDECINE.

CHIRURGIE.

I.

Dans les hernies réductibles ou irréductibles non étranglées, la face interne du sac est lisse, humectée par la sérosité qui lubrifie l'intérieur de l'abdomen, et contiguë aux viscères qui forment la hernie.

II.

Dans les hernies étranglées, la face interne du sac est très-souvent éloignée des viscères qui forment la hernie par de la sérosité, dont la production n'est pas un des phénomènes les moins importans de l'effet de l'étranglement.

III.

Comme toutes les hydropisies des membranes séreuses, celle-ci est due à une exhalation augmentée, ou à un défaut d'équilibre entre l'absorption et l'exhalation; ce trouble fonctionnel doit être bien certainement rapporté au fait de l'étranglement.

IV.

Tantôt d'une couleur jaune citrine, tantôt rosée, quelquefois d'un rouge très-foncé, la sérosité du sac herniaire peut être diaphane ou trouble, et même très-rarement contenir des flocons albumineux; elle doit sa coloration en rouge au sang qui transsude des viscères étreints par l'anneau ou le collet du sac.

V.

Sa quantité est variable : dans les cas les plus ordinaires, on en trouve une, deux, ou trois cuillerées ; dans d'autres on en a vu depuis quatre, cinq ou six onces, jusqu'à deux ou trois livres. Les observations suivantes, dont la première est empruntée à *Scarpa*, et dont les autres ont été recueillies dans le service de chirurgie de l'hôpital de la Charité, nous offrent des exemples de la différence qui peut exister dans les qualités et la quantité de cette sérosité.

Observation. *Hernie inguinale étranglée, très-grande quantité de sérosité dans le sac.*

Le 12 décembre 1807, dit *Scarpa*, on amena, dans cette école de chirurgie, Dominique Ordarini, habitant de Rognano, âgé de vingt-cinq ans, homme fort, assez corpulent, affecté d'une hernie scrotale étranglée, d'un volume énorme, qui avait commencé à se former huit ans auparavant, à la suite d'un effort. La veille du jour où les symptômes de l'étranglement s'étaient manifestés, ce jeune homme avait été obligé de faire à cheval une course forcée, qui avait duré une heure et demie, et au milieu de laquelle son bandage herniaire s'était rompu; en descendant de cheval, il avait trouvé sa hernie très-volumineuse, et dès ce moment il avait éprouvé de vives douleurs dans l'aine, des nausées, des envies de vomir. Lors de son

entrée à l'hôpital, la tumeur n'avait pas moins de seize pouces de circonférence ; elle cachait presque entièrement la verge; large dans sa partie inférieure, elle se rétrécissait aux environs de l'anneau ; elle était élastique, et sa surface égale et lisse presque partout. Elle ressemblait à une énorme hydrocèle, à tel point qu'on s'y serait mépris, si l'on n'avait été éclairé par les renseignemens antérieurs et par les symptômes généraux qui indiquaient l'étranglement d'un intestin. Toutefois j'avais peine à me persuader qu'une tumeur aussi volumineuse fût formée en totalité ou en grande partie par une collection d'eau dans la tunique vaginale du testicule, attendu que le malade n'avait jamais eu le plus léger indice d'épanchement séreux dans le scrotum, et que, dans l'espace de huit ans, la tumeur n'avait jamais excédé le volume d'un œuf de poule. Il n'y avait pas lieu de croire qu'une aussi grande quantité d'eau fût descendue du péritoine dans le scrotum chez un jeune homme robuste, et qui paraissait d'ailleurs jouir d'une très-bonne santé. Je soupçonnai plutôt, eu égard à l'embonpoint du sujet, qu'une grande masse d'épiploon s'était portée dans la hernie par l'effet des secousses du cheval; cependant j'en doutais encore, lorsque je considérais que, dans un aussi court espace de temps, le sac herniaire n'aurait pu se prêter à une aussi grande distension, et que la tumeur avait plutôt l'aspect et la consistance d'une hydrocèle que d'une hernie formée par l'intestin et l'épiploon. Ce qui me paraissait certain, c'était l'impossibilité de réduire les parties sans en venir à l'opération, d'autant plus que les symptômes d'étranglement augmentaient d'un moment à l'autre. A l'ouverture du sac *on vit jaillir un liquide, comme si on avait fait la ponction à une hydrocèle; ce liquide était de la sérosité jaunâtre; il en sortit plus de trois livres.* On reconnut alors que la maladie principale était une hernie scrotale ordinaire. Dans la partie supérieure du sac on voyait une anse d'intestin grêle, longue d'environ deux pouces, et ecchymosée dans plusieurs points; il n'y avait pas la plus petite portion d'épiploon. Après les débridemens convenables, l'intestin fut réduit Le malade eut sur-le-champ d'abondantes évacua-

tions ; les symptômes de l'étranglement cessèrent, et la plaie marcha régulièrement vers la cicatrisation. Jamais l'appareil ne fut baigné de sérosté. Au bout de sept semaines la guérison était parfaite. »

OBSERVATION. *Hernie inguinale congéniale étranglée, chez un sujet de vingt-six ans. Grande quantité de sérosité dans le sac.*

Gunther, dessinateur, était affecté depuis son enfance d'une hernie qu'il maintenait exactement réduite à l'aide d'un bandage depuis cinq ans seulement, après l'avoir abandonnée à elle-même pendant les vingt premières années de son existence. Dans la soirée du 26 avril 1831, se livrant à l'exercice du cheval, il fit pour arrêter sa course un effort violent, dans lequel fut rompu son bandage et déterminée la sortie des viscères qui constituaient la hernie. Aussitôt se déclarèrent avec une intensité très-grande tous les symptômes de l'étranglement. Le lendemain matin, lorsque le malade fut transporté à l'hôpital, sa hernie avait un volume considérable, les vomissemens se succédaient rapidement ; le cours des matières alvines était suspendu ; il y avait des hoquets, des douleurs vives dans la tumeur et le ventre ; le pouls était petit, serré, et le sujet très-abattu. La maladie existant depuis l'enfance, la tumeur suivant le trajet du cordon spermatique et se prolongeant dans le scrotum, le testicule confondu avec elle ne pouvant en être distingué, il fut facile de se convaincre que la hernie était congéniale. On eut lieu aussi de fortement présumer que l'étranglement était causé par le col du sac, ou mieux ici de la tunique vaginale, et par conséquent qu'il devait être des plus complets, à cause de la tendance de ce collet à revenir sur lui-même, à se resserrer, à s'oblitérer même dans quelques cas, tendance augmentée encore par l'usage prolongé du bandage. Aussi, après un petit nombre d'efforts considérables, mais infructueux, pour réduire la hernie, M. *Roux* se décida-t-il de suite à pratiquer l'opération. A l'ouverture du sac *il sortit une quantité remarquable de sérosité roussâtre.* L'étranglement qui était placé au milieu du canal inguinal étant levé, on réduisit l'in-

testin et l'épiploon, qui offraient une couleur rouge très-foncée. Cette opération ne fut pas suivie de succès; le malade fut enlevé rapidement par une péritonite dont la marche ne put être arrêtée par l'usage des antiphlogistiques les plus énergiques.

OBSERVATION. *Hernie inguinale congéniale étranglée, chez un sujet de quarante-cinq à cinquante ans. Très-grande quantité de sérosité dans le sac.*

Le malade qui fait le sujet de cette observation portait sa hernie depuis plus de vingt ans; elle s'était formée à la suite de la descente du testicule dans les bourses, qui n'eut lieu chez lui qu'à l'âge de dix-sept ou de dix-huit ans. Elle s'effectua d'autant plus facilement que le canal inguinal venait d'être parcouru par le testicule, qui avait déjà acquis son plus gros volume. Cette hernie avait toujours été abandonnée à elle-même, parce que chaque fois que le malade avait essayé de porter un bandage, il éprouvait des douleurs excessives résultant de la pression du testicule, qui était ramené vers l'anneau avec les intestins. Son volume habituel était celui d'un œuf de poule. Dans la soirée du 5 mai 1830, après avoir fait des courses multipliées et s'être livré à une conversation animée, il s'aperçut que sa hernie était sortie plus grosse que de coutume; aussitôt il survint quelques nausées, puis un vomissement; la tumeur n'était pas douloureuse, le pouls n'était ni trop fréquent ni trop serré. On fit des tentatives inutiles de réduction. Le lendemain matin, lorsque M. *Roux* fut appelé, il trouva le malade dans l'état que je viens d'indiquer; seulement la tumeur avait pris un très-grand développement. Son poids lui paraissant un peu léger d'ailleurs relativement à sa grosseur, et ayant cru sentir une sorte de fluctuation, M. *Roux* annonça qu'outre les viscères déplacés, la tunique vaginale contenait encore un liquide. Après avoir de nouveau exercé d'inutiles efforts de taxis, il procéda à l'opération. Aussitôt qu'il eut pénétré dans le sac, *on en vit jaillir environ une pinte de sérosité rosée.* On n'incisa que

dans une fort petite étendue l'étranglement, qui était réellement peu considérable, causé par le col du sac et placé au-dessus de l'anneau. L'anse d'intestin de sept à huit pouces qui constituait la hernie fut ensuite très-facilement réduite.

Le malade est guéri sans accidens.

Observation. *Hernie inguinale congéniale étranglée, chez un sujet de deux ans. Sérosité abondante dans le sac.*

Les hernies sont très-fréquentes chez les enfans, et leur étranglement y est très-rare. On se rend compte de ce fait en se rappelant que les ouvertures à travers lesquelles se font les hernies sont très-souples, très-lâches, et qu'elles peuvent céder aux efforts que font contre elles les viscères qui tendent à sortir de l'abdomen. Cependant on observe l'étranglement des hernies sur des enfans de tout âge, et, ainsi que chez les adultes, il y a plus de chances de le voir se former quand les petits malades ont porté un bandage pendant un laps de temps assez long. C'était le cas d'un petit garçon, âgé de deux ans, auprès duquel M. le professeur *Roux* fut appelé dans le courant de l'année dernière. Depuis plusieurs mois il portait une hernie qui avait été maintenue réduite très-exactement à l'aide d'un bandage, lorsqu'après un léger effort elle sortit brusquement. Aussitôt apparurent tous les symptômes de la hernie étranglée, et lorsqu'on examina l'enfant plusieurs heures après l'accident, la tumeur était déjà dure, tendue, rénitente, très-volumineuse relativement à l'âge du malade; elle se prolongeait dans le scrotum, et on ne pouvait sentir le testicule. Après plusieurs tentatives inutiles, quoique assez fortes, de réduction, on se mit en devoir de pratiquer l'opération, qui, faite suivant les règles ordinaires, présenta, comme circonstance digne de remarque, *la grande quantité de sérosité qui sortit de la tunique vaginale* au moment où elle fut ouverte. On n'eut qu'à se flatter d'avoir eu recours à ce moyen extrême. Le petit malade obtint rapidement sa guérison.

OBSERVATION. *Hernie inguinale étranglée. Quantité remarquable de sérosité dans le sac.*

Le nommé Cuvillier, âgé de soixante ans, habitant la campagne, était affecté de deux hernies qu'il portait depuis long-temps, et qu'il maintenait réduites à l'aide d'un bandage double. Ce bandage s'étant brisé, il eut la malheureuse idée de venir lui-même à Paris pour le remplacer. Pendant le cours de son voyage, sa hernie gauche sortit plus grosse que de coutume, et ne put être réduite. Il survint bientôt quelques symptômes d'étranglement qui, ayant augmenté le lendemain, forcèrent le malade à se faire transporter à la Charité, où il fut saigné et plongé dans un bain tiède. On essaya ensuite inutilement de réduire la hernie. Mais, les symptômes ayant beaucoup diminué, et l'état général du malade paraissant assez bon, on ne prit pas le soin de faire prévenir un des chirurgiens de l'hôpital : dans le courant de la nuit, les accidens reparurent; il y eut des nausées, des vomissemens, des hoquets; le pouls devint petit, fréquent, serré, la figure altérée; le ventre était indolent; mais la tumeur, très-volumineuse, dure et rénitente, était le siége de douleurs très-vives; on y sentait très-manifestement la présence d'un liquide. En effet, l'opération étant pratiquée, *on vit jaillir à l'ouverture du sac plusieurs onces de sérosité très-rouge.* La hernie était formée par une anse d'intestin de six à sept pouces, qui était d'un rouge brun, quoiqu'elle fût assez peu étranglée pour qu'elle se laissât dégager avant le débridement par une simple traction. Cependant l'anneau et le col du sac furent incisés dans une très-petite étendue, et la réduction fut pratiquée. Le malade succomba la nuit suivante à une péritonite suraiguë.

VI.

La sérosité est toujours plus abondante dans les hernies inguinales que dans les hernies crurales et ombilicales. On a pu voir qu'il y en

avait une quantité notable dans les deux observations de hernies inguinales qu'on vient de lire ; il n'y en avait qu'une cuillerée environ dans plusieurs hernies crurales, même assez volumineuses, opérées dans le courant des deux dernières années à l'hôpital de la Charité ; et il y en avait à peine quelques gouttes dans une hernie de même nature, étranglée depuis douze heures et opérée tout récemment sur une femme qui est actuellement encore dans la salle Sainte-Catherine, et qui, il y a dix ans, a déjà subi la même opération du même côté. Dans cinq ou six cas de hernies ombilicales étranglées que j'ai eu à observer, je n'ai jamais rencontré de sérosité dans le sac herniaire. C'est même là un des caractères assez nombreux qui établissent quelque distinction entre la hernie ombilicale et la hernie inguinale et crurale.

VII.

D'où peut dépendre cette différence? Je ne pense pas, avec *Scarpa*, qu'on doive l'attribuer à la plus ou moins grande étendue du sac et de la portion des viscères qui constituent la hernie, puisqu'on ne trouve pas de sérosité dans certaines hernies ombilicales très-volumineuses.

VIII.

Dans les hernies inguinales, congéniales, la sérosité se retrouve plus constamment que dans les autres espèces, et toujours en grande abondance, ainsi qu'on peut en juger par les trois observations que j'ai données : cela tiendrait-il à ce que le sac est ici représenté par la tunique vaginale, qui est elle-même si fréquemment le siége d'hydropisies essentielles?

IX.

En général, cette sérosité est produite très-promptement. Dans un assez grand nombre de cas où elle était très-abondante, l'étranglement ne datait pas de plus de douze ou quinze heures : elle serait même

sécrétée beaucoup plus rapidement, si on en jugeait d'après le fait qui s'est offert tout récemment à notre observation. Un jeune homme de vingt-six ans portait depuis dix-huit mois une hernie de la grosseur d'un œuf de poule, qu'il avait abandonnée à elle-même. Le 11 juillet dernier, à six heures du matin, après un effort, cette hernie sortit beaucoup plus grosse que d'ordinaire, et ne put être réduite. Soudain il se déclara quelques symptômes d'étranglement, tels que nausées et vomissemens. Le malade fut transporté à l'hôpital de la Charité quatre heures après l'accident. Déjà la hernie formait une tumeur énorme, dure, tendue, rénitente et douloureuse, et présentant en bas une espèce de pointe, dans laquelle on sentait assez manifestement de la fluctuation. Des efforts considérables de taxis furent faits inutilement à plusieurs reprises : l'opération parut urgente, et on la pratiqua immédiatement. A l'ouverture du sac, *il s'échappa une quantité considérable de sérosité très-limpide et presque incolore ;* l'étranglement n'étant pas très-fort, on n'eut à débrider que dans une petite étendue ; l'anse énorme d'intestin que contenait le sac fut facilement réduite. Depuis ce moment, le malade n'a éprouvé aucun accident, et il est aujourd'hui en pleine voie de guérison.

X.

La sécrétion de la sérosité étant une fois commencée, ce liquide devient-il incessamment de plus en plus copieux, jusqu'à ce que la hernie soit réduite, ou opérée, ou terminée par gangrène? Sans avoir d'autre preuve à donner que celle-ci, savoir que la cause continuant, l'effet doit continuer, je crois devoir répondre affirmativement à cette question. Quand on parvient, à l'aide des moyens ordinaires, à faire rentrer les viscères déplacés, il est probable que la sérosité s'épanche dans le ventre et qu'elle y est résorbée ; quand la hernie se termine par gangrène, elle se mêle aux matières fécales, et s'écoule à l'extérieur avec elles par les ouvertures qui se forment spontanément ou que l'art pratique.

XI.

La sérosité est répandue sur tous les points de la surface interne du sac ; mais elle est toujours plus abondante vers sa partie la plus déclive.

XII.

Le liquide contenu dans un sac herniaire ne peut pas être repoussé dans l'intérieur de l'abdomen, excepté dans quelques cas rares, comme dans ceux où l'étranglement est causé par des brides ou une perforation de l'épiploon.

XIII.

La présence de la sérosité dans une hernie, lorsqu'elle est accumulée en une certaine quantité, a pour effet bien positif d'être un obstacle réel à la réduction des parties déplacées. En effet, les liquides étant incompressibles, elle s'oppose, en absorbant tous les efforts que fait le chirurgien qui pratique le taxis, à ce que les mouvemens de ses mains soient communiqués aux viscères qui constituent la hernie. Cet effet, bien constant dans tous les cas, devient très-évident dans les hernies où il n'y a qu'une portion de la circonférence de l'intestin qui soit étranglée; car alors cette partie ainsi pincée se trouve isolée et séparée de ses enveloppes par une couche plus ou moins épaisse de liquide. Tous les auteurs ont méconnu ce fâcheux effet de la sérosité qu'on rencontre ainsi dans le sac de beaucoup de hernies. M. le professeur *Roux*, à ma connaissance, est le premier chirurgien qui en ait bien senti toute la gravité, et qui en ait donné en même temps la véritable explication.

XIV.

Après avoir distendu le sac qui la contient, cette sérosité ne con-

tribuerait-elle pas à augmenter l'étranglement des viscères sur lesquels elle prend en quelque sorte son point d'appui?

XV.

Il est le plus souvent impossible, *à priori*, de s'assurer s'il y a de la sérosité dans un sac herniaire, et dans quelle proportion elle existe. Des moyens usités dans le diagnostic de l'hydrocèle, un seul est applicable au cas qui nous occupe; c'est la fluctuation, qui devient assez manifeste quand le liquide a été sécrété en grande abondance.

XVI.

La présence de la sérosité dans un sac herniaire est une circonstance fâcheuse; elle empêcherait de reconnaître le véritable caractère de l'affection qu'on a sous les yeux, si on manquait de renseignemens, ainsi que l'observe *Scarpa* dans le fait que je lui ai emprunté. En s'opposant à la réduction des viscères par le taxis, elle met dans la nécessité de pratiquer une opération qui peut compromettre la vie du malade. Elle n'est avantageuse que sous un rapport, en avertissant le chirurgien qu'il est arrivé dans l'intérieur du sac.

XVII.

Si on parvenait à trouver des moyens bien certains de reconnaître la sérosité, sa quantité, ses rapports avec les viscères, ne serait-il pas permis de lui donner issue à l'aide d'une ponction, afin de tenter, avec plus de chances de succès, de nouveaux efforts de réduction sur des parties qui pourraient alors recevoir directement l'impulsion qu'on cherche à leur communiquer?

XVIII.

Lorsqu'après avoir entamé le sac, il s'écoule assez de liquide pour

faire présumer qu'il était un obstacle à la réduction, ne devrait-on pas, après avoir incisé la partie inférieure du sac seulement, et pris les précautions nécessaires, essayer de faire rentrer les parties déplacées sans opérer de débridement? On épargnerait ainsi aux malades un temps de l'opération; on n'agrandirait pas l'ouverture herniaire; on ne courrait pas le risque d'intéresser les vaisseaux dans les cas où ils ont une origine et une direction anormales; enfin on verrait peut-être survenir moins de péritonites.

XIX.

Dans des cas rares, on ne trouve pas de liquide dans l'intérieur du sac, et les viscères sont en contact immédiat avec sa surface interne; il n'y en a jamais dans les cas d'adhérences du sac avec les viscères.

XX.

La sérosité peut s'accumuler dans d'autres hernies que dans celles qui sont étranglées. « Ce n'est pas une chose très-rare, dit *Pott*, de rencontrer une quantité de fluide assez considérable dans le sac de hernies épiploïques anciennes, qui ont été seulement suspendues par un bandage. Rarement assez abondant pour s'attirer une attention particulière, il est quelquefois en quantité si considérable, qu'il devient une seconde maladie ajoutée à la première. J'ai été plus d'une fois obligé de lui procurer une issue, afin de faire cesser les inconvéniens qui résultent de son poids, et de la distension du scrotum, que j'ai vu aussi se gangréner quand on a négligé cette opération. » *Lawrence* rapporte que *Monro* a extrait trois pintes de liquide d'une ancienne hernie scrotale, au grand soulagement du malade. *Schmucker*, cité par le même auteur, a vu dans le sac d'une hernie irréductible, dont la communication avec l'abdomen devait avoir été fermée par des adhérences, de l'eau s'accumuler en assez grande quantité pour causer de la douleur et d'autres symptômes, et pour nécessiter son évacuation au moyen d'une ouverture.

XXI.

Les hernies ombilicales très-volumineuses et irréductibles sont susceptibles d'un état accidentel qui revient assez fréquemment, et qui n'est ni un engouement, ni un étranglement : elles deviennent douloureuses, dures, fermes ; il se manifeste des nausées, et quelquefois des vomissemens. A l'aide de moyens très-simples, on fait disparaître cet appareil de symptômes, sans que la tumeur diminue pour cela de volume. Si on se hâtait d'opérer dans ces cas, on commettrait une grande faute.

XXII.

En effet, toutes choses étant égales d'ailleurs, l'opération pratiquée dans un cas de hernie ombilicale étranglée est moins souvent suivie de succès que dans les hernies inguinales ou crurales. Serait-ce parce qu'on agit dans le voisinage d'organes plus importans? Serait-ce parce qu'on pénètre plus directement dans le ventre, et que l'air peut y agir plus facilement et sur une plus grande surface?

XXIII.

Il y a dans la dégénérescence tuberculeuse du testicule une tendance particulière à la formation d'abcès qui s'ouvrent d'eux-mêmes si on les abandonne, et dont l'ouverture ne tarde pas à se convertir en un ulcère fistuleux qui aboutit au centre du tubercule

XXIV.

Il est rare de voir les ganglions inguinaux s'engorger dans le véritable cancer des testicules, parce qu'ils ne peuvent l'être que par suite de l'ulcération de la peau, complication qu'on n'observe dans cette maladie qu'à son dernier degré.

XXV.

Les organes pairs, comme les mamelles, et moins fréquemment encore les testicules, ne sont presque jamais simultanément affectés de la dégénérescence cancéreuse. Les deux testicules, au contraire, sont souvent affectés de l'engorgement vénérien ou de la dégénérescence tuberculeuse.

XXVI.

Chez quelques personnes avancées en âge, sans qu'on sache pourquoi, le prépuce se resserre, durcit, et il se forme un phimosis accidentel. Il faut alors, si on veut prévenir une dégénérescence cancéreuse du gland, nécessairement opérer le phimosis. Ici on n'a pas le choix de la méthode; il faut absolument pratiquer la circoncision.

XXVII.

L'opération de la taille est d'autant plus dangereuse que les individus sont plus avancés en âge.

XXVIII.

Dans quelques cas heureux, on a vu des paralysies de vessie, existant en même temps qu'un calcul, guérir par le fait seul de l'opération de la taille.

XXIX.

La multiplicité des orifices fistuleux, avec couleur violacée de la peau autour de l'anus, est très-souvent le symptôme d'une maladie organique du rectum.

XXX.

Quand il y a deux fistules à l'anus chez le même individu, il peut

se faire que les deux clapiers communiquent ensemble à l'aide d'une ouverture pratiquée dans la cloison celluleuse dense qui existe en arrière de l'anus sur la partie médiane. Pour obtenir la guérison de ces fistules, il faut fendre cette cloison, et transformer ainsi en une seule les deux plaies qui doivent succéder à l'opération. Cette circonstance rend la fistule plus grave. Un homme, entré vers le milieu de l'année 1829 à l'hôpital de la Charité, et couché au n°. 10 de la salle Saint-Augustin, offrait un exemple de cette complication. Malgré l'étendue de la surface qu'il a fallu dénuder, ce malade a obtenu très-rapidement une guérison radicale.

XXXI.

Les abcès des grandes lèvres succèdent souvent à un premier coït; quelquefois c'est pendant le travail de la grossesse, ou dans le cours d'une gonorrhée, qu'ils se forment. Ils commencent par de petits amas sanguins, autour desquels il se dépose du pus. Aussi, quand on les ouvre, sort-il toujours un liquide un peu rouge.

XXXII.

Ces abcès peuvent fuser vers le rectum, en dénuder l'extrémité inférieure, et constituer plus tard une véritable fistule à l'anus.

XXXIII.

Ailleurs, ce sont des abcès du rectum qui s'étendent du côté des grandes lèvres, et viennent s'y ouvrir.

XXXIV.

Il est important, pour prévenir une difformité désagréable, qu'en opérant ces fistules on ait l'attention de diriger l'incision sur la surface de la grande lèvre, et non sur la ligne médiane.

XXXV.

Il n'est pas très-rare de rencontrer des malades qui se plaignent d'être pressés par de fréquentes envies d'uriner, et d'éprouver, au moment de l'émission de l'urine, de très-vives douleurs vers la région du col de la vessie, douleurs qui cessent aussitôt que le liquide a cessé lui-même d'être expulsé. Si on les sonde, avec quelque soin que le cathétérisme soit pratiqué, on ne parvient jamais à rencontrer un corps étranger; l'instrument se promène facilement dans la vessie, dont les parois sont lisses, non saignantes, et peu sensibles à son contact : l'urine obtenue est claire et limpide. Cette affection particulière, sur laquelle M. le professeur *Roux* a fixé le premier l'attention, a été rapportée par lui aux névroses. Ses observations l'ont porté à enseigner qu'elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, et chez les jeunes gens que dans la vieillesse et l'âge adulte; que la maladie ne commence pas subitement, qu'elle arrive insensiblement à un degré au-delà duquel elle ne passe pas; que quelquefois il y a émission involontaire d'urine pendant le sommeil, accident qui s'observe aussi pendant la veille, si on résiste au besoin pressant d'uriner. On lui oppose avec avantage les pilules de *Méglin*, prises le matin, tandis que le soir on prescrit des pilules sédatives composées de camphre, de nitre et d'opium. Malgré les succès qu'on en obtient le plus souvent, ce traitement a cependant tout à fait échoué, quoiqu'il ait été aidé de l'application d'un séton à la région hypogastrique, chez une fille de vingt ans, entrée à l'hôpital de la Charité dans le courant du mois de janvier 1829. Cette malade offrait, au plus haut degré, tous les signes de la *névralgie du col de la vessie*. Depuis cinq ans, elle était tourmentée par des envies pressantes d'uriner, auxquelles elle était forcée de céder vingt ou vingt-cinq fois par jour; le jet de l'urine, qui était très-limpide, était accompagné de douleurs rapportées au col de la vessie; il y avait, pendant le sommeil, excrétion involontaire de l'urine; le cathétérisme ne fournissait que des signes négatifs. Chez

elle, la maladie n'était arrivée à ce degré qu'au bout d'une année. L'apparition des menstrues, survenues pendant son cours, ne l'avait nullement modifiée. Après un séjour assez long, elle sortit pour rentrer quelque temps après à l'Hôtel-Dieu, où elle succomba à une phlegmasie aiguë. A l'examen de son corps, on ne trouva aucune lésion apparente, soit de la vessie, soit de l'urètre; mais on rencontra dans les uretères un assez grand nombre de petits corps durs, d'un jaune mat, semblables à de la matière tuberculeuse.

XXXVI.

Les douleurs vives attirent dans les parties qui les environnent un grand afflux de sang. Aussi les malades qui subissent l'opération de la taille pour un calcul vésical qui a déterminé de très-fortes souffrances, perdent-ils beaucoup de sang pendant et après l'opération, quoique les artères principales aient été respectées par l'instrument tranchant.

XXXVII.

L'inflammation d'un nerf peut exister, causer la paralysie des parties auxquelles il se distribue, et cependant ces mêmes parties restent le siége de douleurs très-vives. On voit des exemples de ce fait dans certaines névralgies faciales.

XXXVIII.

La température d'un membre dont on a lié l'artère principale est augmentée à cause de l'activité momentanément plus grande de la circulation dans les vaisseaux capillaires.

XXXIX.

Le panaris, ou inflammation aiguë des parties molles des doigts de

la main, est une maladie qu'on y observe fréquemment, tandis qu'on ne la remarque presque jamais aux orteils, qui présentent la même organisation. A quoi tient cette différence?

XL.

La résorption du pus et la consomption purulente sont deux états qu'il est de la plus haute importance de bien distinguer l'un de l'autre. Dans le premier, si vous vous décidez à faire l'amputation d'un membre après une fracture ou tout autre désordre assez grave pour vous forcer à recourir à cette dernière ressource de l'art, vous hâterez infailliblement la mort du malade. La même opération, pratiquée dans le second cas, le sera avec les plus grandes chances de succès : car il est d'observation que les amputations réussissent bien, quand elles sont pratiquées sur des sujets affaiblis par une suppuration abondante, les viscères ne présentant aucune altération organique.

XLI.

Dans les fractures des os des membres, il survient aux environs de la blessure un gonflement d'une nature particulière, qu'il est assez difficile de bien décrire, et qui est un signe assez certain de l'espèce de lésion que vous avez sous les yeux. Dans les fractures des os superficiels, ce gonflement est accompagné du développement d'une grande quantité de phlyctènes, circonstance fort importante, car elle devient un signe pathognomonique de l'existence de la fracture. Rien de semblable ne s'observe dans le gonflement qui succède aux entorses ou aux contusions. Ce signe est surtout d'un grand prix pour les cas de fracture de l'extrémité inférieure du péroné et du radius, qu'il est quelquefois, après un certain temps, très-difficile de distinguer d'une simple entorse du pied ou de la main.

XLII.

Il peut exister une véritable nécrose invaginée au centre d'un os

court comme dans un os long. La possibilité de ce fait, qui n'est pas encore admise par tous les pathologistes, me semble plus que démontrée par l'observation fournie par un Anglais habitant Jersey, qui vint à l'hôpital de la Charité, dans le courant de l'année 1829, pour y être traité d'un engorgement chronique de la région du talon gauche, avec plusieurs orifices fistuleux qui conduisaient vers le centre du calcanéum rugueux et inégal. Un stylet introduit par ces orifices ébranlait et soulevait même des pièces osseuses qui donnaient un son assez clair par le contact de l'instrument; déjà plusieurs esquilles étaient sorties spontanément. Cette maladie existait depuis deux ans environ, et avait succédé à une entorse de l'articulation tibio-tarsienne. A l'aide d'une incision cruciale et de l'ablation de quelques brides osseuses, on parvint à extraire deux ou trois noyaux osseux, éburnés dans quelques points, qui étaient renfermés dans une cavité à parois lisses, creusée au milieu de l'épaisseur du calcanéum. La plaie profonde qui a succédé à cette opération ne s'est cicatrisée que très-lentement.

XLIII.

C'est une vérité démontrée par l'observation, qu'il est bien rare que, dans les luxations en arrière du coude, il soit encore temps au bout de cinq ou six semaines de rétablir les os dans leur situation naturelle. Si cependant on devait abandonner comme irréductibles toutes les luxations datant d'une époque plus éloignée, mais non encore très-ancienne, on laisserait exposés pour toujours aux inconvéniens résultant de la disposition anormale des surfaces articulaires quelques individus auxquels, par des manœuvres bien dirigées, on aurait pu rendre le libre usage de leur membre. C'est ainsi qu'une domestique, âgée de trente-cinq ans, entrée à l'hôpital de la Charité dans le courant de l'année dernière, serait privée à jamais des mouvemens de l'articulation huméro-cubitale droite, si on n'avait pas été assez heureux pour réduire une luxation en arrière de cette articula-

tion, qui datait déjà de quatre mois. Après avoir, pendant plusieurs jours, entouré les parties malades de cataplasmes émolliens, on parvint, sans avoir déployé un appareil de forces trop considérable, à rétablir les os dans leurs rapports naturels; seulement on remarquait en arrière une saillie assez considérable formée par l'olécrane, trop volumineuse pour être reçue dans sa cavité, qui était ou revenue sur elle-même, ou remplie par du tissu cellulaire.

XLIV.

Si les résections des extrémités articulaires constituent des opérations plus laborieuses que les amputations; s'il faut plus de temps pour les pratiquer; si elles laissent après elles des plaies fort étendues qui, malgré le soin qu'on prend de les réunir, doivent suppurer beaucoup; si le malade doit attendre sa guérison définitive pendant plusieurs mois, ces inconvéniens ne sont-ils pas largement compensés par les chances moins grandes de mort auxquelles il est exposé, et par la conservation d'un membre capable encore d'exécuter les fonctions les plus importantes auxquelles la nature l'a destiné? Il est difficile, je crois, de ne pas admettre cette heureuse compensation; aussi peut-on, avec quelque justice, accuser les chirurgiens de se montrer avares de ce genre d'opérations, qu'on ne voit presque plus, de nos jours, pratiquer que par M. *Roux*. Bien convaincu de la supériorité des résections des extrémités articulaires sur les amputations dans les cas qui les comportent, ce savant chirurgien, toujours désireux de faire tourner au profit de l'humanité les progrès de l'art qu'il pratique avec tant de distinction, s'empresse de saisir les occasions de substituer une mutilation moindre à la perte de tout un membre : jusqu'à ce jour, il n'a eu qu'à se louer de sa conduite. Les heureux résultats auxquels il est parvenu, et qui ont été consignés dans un Mémoire lu à l'Académie des Sciences, viennent de recevoir une autorité nouvelle du beau succès obtenu récemment sur un jeune homme de dix-sept ans, dans un cas de résection de l'extrémité inférieure du péroné

et du tibia. Je me contente d'indiquer ici le fait, laissant à celui qui l'a terminée avec tant de bonheur et d'habileté, le soin d'inscrire dans les fastes de l'art l'histoire et les détails de cette brillante opération.

MÉDECINE.

I.

Chez les enfans, le ventricule gauche du cœur a des parois d'une épaisseur très-grande, et qui ne le cèdent presque en rien, dans quelques cas, à celles du cœur d'un adulte; sa cavité, au contraire, est très-resserrée. De là la fréquence du pouls, chez ces sujets, qu'il faut bien se garder d'attribuer à un état fébrile.

II.

La chaleur de la peau, chez les enfans, est quelquefois bornée à la partie malade. Il n'est pas rare, par exemple, de trouver la peau de l'abdomen offrant une excessive chaleur dans une entéro-colite, tandis que le reste des tégumens présente à peine une légère augmentation de température.

III.

Dans les maladies des enfans, on est privé des signes que fournit l'expectoration dans celles des autres âges, excepté dans des circonstances rares où les petits malades viennent à vomir après une quinte de toux; alors on peut retrouver les crachats avec tous les caractères qui les distinguent.

IV.

Dans l'enfance, la poitrine rend un son très-clair lorsqu'on la per-

cute; aussi serait-il facile de méconnaître une pneumonie, si, en ne voulant user que de ce moyen de diagnostic, on y soumettait le côté malade seulement. En percutant les deux côtés, au contraire, on saisirait facilement la différence d'intensité du son; mais il serait impossible d'obtenir ce dernier résultat si les deux poumons étaient malades, car à droite et à gauche la poitrine résonnerait, et elle résonnerait également. Il faut donc, dans ces circonstances, renoncer à la percussion comme moyen de diagnostic.

V.

Le délire est un symptôme qu'on n'observe que très-rarement chez les enfans : il est remplacé par une grande agitation.

VI.

Chez les enfans comme chez les adultes, les vésicatoires sont un des moyens thérapeutiques les plus efficaces auxquels on puisse avoir recours : on les emploie même dès les premiers jours de la naissance. Il faut bien prendre garde cependant de les trop multiplier et de les appliquer sur des surfaces larges et résistantes, comme au-devant du sternum, parce qu'il est d'observation qu'alors leur surface se couvre d'escharres auxquelles succèdent des ulcérations plus ou moins étendues, et que la suppuration abondante dont elles sont le siége peut entraîner la mort du petit malade. C'est surtout chez les enfans très-frais, qui ont la peau rosée et distendue par un tissu cellulaire abondant, qu'on doit redouter cette funeste terminaison.

VII.

Des tubercules peuvent se former dans toutes les parties du cerveau, et y prendre un accroissement même très-étendu, sans que leur présence soit annoncée par aucun symptôme particulier. Entre plusieurs exemples, je citerai le suivant :

Observation. *Tubercules du cerveau et du cervelet. — Symptômes de ramollissement du cerveau, quelques heures seulement avant la mort.* (Salle Sainte-Cécile, n°. 12; service de M. *Guersent.*)

Aubry (Antoinette), âgée de deux ans et demi, est conduite à l'hôpital des Enfans, le 5 juillet 1828, par ses parens, qui apprennent pour tout renseignement qu'elle a eu plusieurs vomissemens depuis quatre à cinq jours. Examinée avec le plus grand soin aux visites du 6, du 7 et du 8, cette malade n'a présenté aucun symptôme qui puisse faire soupçonner une lésion intérieure. Comme on ne remarquait aucune trace de vaccin sur ses bras, elle fut portée à l'Académie de médecine pour y être vaccinée. Quelques instans après qu'on eut pratiqué les ponctions qui constituent cette petite opération, elle fut en proie aux symptômes suivans, au milieu desquels elle succomba, trois heures après leur invasion : pouls petit, irrégulier, battant 124 fois par minute; respiration stertoreuse, accélérée; figure pâle et couverte de sueur; strabisme, pupilles dilatées, immobiles; trismus de la mâchoire, écoulement de salive par la bouche; contractions brusques et très-fréquentes des muscles de la moitié droite du corps; le côté gauche est immobile, comme paralysé.

A l'examen de la tête, on a trouvé, outre une infiltration séreuse du tissu sous-arachnoïdien, et plusieurs tubercules d'un petit volume développés tant à gauche qu'à droite, au milieu de la substance grise, qui conservait sa couleur et sa consistance normales; on a trouvé, dis-je, le corps strié du côté droit converti en une masse tuberculeuse placée au milieu de la substance cérébrale ramollie, diffluente, rose dans certains points, et offrant une teinte légèrement jaunâtre vers la base du cerveau.

Le cervelet, tant à gauche qu'à droite, renfermait au milieu de sa substance non altérée plusieurs tubercules non ramollis et d'une couleur verdâtre.

Les poumons, les ganglions bronchiques et mésentériques, étaient infiltrés de matière tuberculeuse.

VIII.

Les enfans qui portent des tubercules dans le cerveau, et qui meurent par le fait de l'existence de ces tubercules, succombent le plus ordinairement à un ramollissement aigu de la substance cérébrale qui environne les plus grosses masses tuberculeuses ; la mort arrive très-promptement.

IX.

Lorsqu'on rencontre des tubercules dans le cerveau, on peut être certain qu'on en rencontrera dans d'autres organes.

X.

Il est excessivement rare de ne pas trouver des tubercules dans les poumons ou les ganglions bronchiques des enfans qui ont succombé à une inflammation des méninges ou de l'encéphale.

XI.

On observe quelquefois des douleurs abdominales extrêmement vives, qui ne paraissent pas dépendre de la phlegmasie d'un viscère, mais qui semblent avoir leur siége dans les parois de l'abdomen. Ces douleurs, que les applications de sangsues et les opiacés ne calment pas, et qui disparaissent sous l'influence des bains de vapeur, ne pourraient-elles pas être comparées à la pleurodynie?

XII.

Chez les enfans épuisés par une maladie chronique, la variole survient souvent sans symptômes précurseurs.

XIII.

Il n'est pas rare de voir les pustules varioliques apparaître d'abord

autour d'un vésicatoire ancien, ou sur les fesses, la partie interne des cuisses et les parties génitales externes, lorsque ces parties sont irritées par le contact prolongé de l'urine et des matières fécales.

XIV.

Dans le cours de certaines varioles, on voit, à l'époque de la période de suppuration en général, des pustules changer de nature, se convertir en bulles de grandeurs variables, analogues à celles du pemphigus; quelquefois elles contiennent un liquide jaune purulent, d'autres fois un liquide rougeâtre. Cette complication, qu'il n'est pas rare d'observer à l'hôpital des Enfans, est d'un très-mauvais augure. *M. Guersent*, à qui l'on doit cette remarque, a presque constamment vu mourir les sujets qui l'ont présentée.

XV.

A la suite de la variole, on voit survenir des abcès qui se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou plus rarement autour d'organes profonds; les premiers peuvent être très-nombreux; on en a compté jusqu'à trente, quarante, cent, et même plus, chez le même sujet : les seconds ne se rencontrent guère en plus grand nombre que deux ou trois; mais ils sont toujours plus considérables. Les deux faits suivans sont des exemples remarquables de cette dernière sorte d'abcès.

Observation. *Pneumonie, variole, suppuration du périoste.*

Roussel, âgée de deux ans, entra le 24 juillet 1828 dans la salle Sainte-Cécile, n°. 1 (service de M. *Guersent*). Cette petite fille, pâle et maigre, n'avait aucune trace de vaccine. Les parens nous dirent que, quoique faible, elle se portait habituellement assez bien, qu'elle n'avait jamais eu de croûtes sur la tête ni à la face, et qu'elle toussait fréquemment depuis quinze jours, époque à laquelle elle avait eu la rougeole. L'examen de la poitrine fit reconnaître du râle crépitant vers la partie latérale gauche du thorax. Les jours suivans il survint

de la diarrhée, et le pouls s'éleva de 72 à 96 pulsations. Dans la nuit du 2 au 3 août, dix jours après son entrée, la petite malade fut prise d'une fièvre assez forte. Le 3 août, la peau offrait de la chaleur, le pouls battait 104 fois par minute, la langue était rosée. Le 5, diarrhée plus forte, 120 pulsations; on remarque pour la première fois *des pustules varioliques commençantes sur les fesses et les cuisses.* Le 7, quelques pustules existent sur la face; celles des fesses et des cuisses sont élargies, déprimées, confluentes dans quelques points. Le 9, on découvre du gonflement aux mains et à la partie inférieure des avant-bras; les parties tuméfiées conservent un peu l'impression des doigts, sont douloureuses quand on les touche, et présentent fort peu de pustules : l'enfant crie beaucoup. Le 10, le 11 et le 12, le gonflement œdémateux est plus marqué, la peau offre une teinte luisante; la variole poursuit sa marche d'une manière régulière. On reconnaît une inflammation du périoste, que la faiblesse de l'enfant ne permet pas de combattre autrement que par des applications émollientes. Le 13, le gonflement paraît moindre; on compte 132 pulsations artérielles; les cris de l'enfant sont toujours fréquens; la toux persiste; il existe un peu de matité dans le côté gauche de la poitrine; la faiblesse et la maigreur font des progrès rapides; un grand nombre de pustules sont desséchées. Le 15 août, la tuméfaction des mains et des bras paraît encore diminuée; la pression exercée sur ces parties n'est plus ou presque plus douloureuse. Mort à sept heures du soir.

Autopsie. On trouve dans le thorax l'hépatisation du poumon gauche, qui avait été reconnue pendant la vie. Le canal intestinal et les viscères abdominaux ne présentent rien de remarquable. Le crâne n'est pas ouvert. Les avant-bras dans les deux tiers inférieurs, et les mains dans leur totalité, sont tuméfiés, et conservent l'impression du doigt qui les presse. Le bras du côté gauche, disséqué avec soin, présente les lésions suivantes dans les parties tuméfiées : tissu cellulaire sous-cutané infiltré de sérosité; muscles de l'avant-bras et de la main conservant leur couleur et leur consistance naturelles; après les avoir enlevés on remarque que le périoste qui recouvre les phalanges du pouce